This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

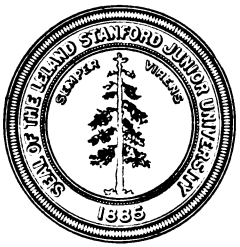
LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
I989.H9 P6 1897 STOR
Casuistische Mittheilungen aus dem Arbei
24503331811

WEISZ, E.

CASUISTISCHE MITTHEILUNGEN
AUS DEM ARBEITER-PENSIONATE.

I989
H9P6
1897

LANE



MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

GRATIS-EXEMPLAR.

ERSCHEINT JÄHRLICH VIERMAL IN DEN MONATEN JANUAR, APRIL, JULI UND OKTOBER IN PÖSTYÉN (Pistyan).

CASUISTISCHE MITTHEILUNGEN

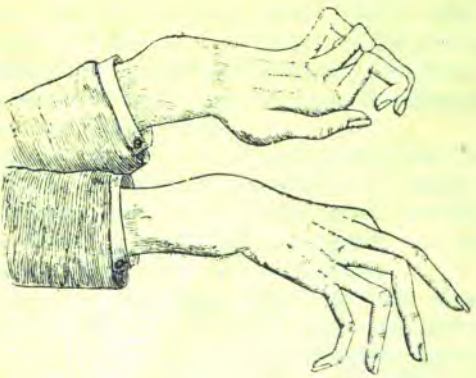
aus dem Arbeiter-Pensionate im Bade Pöstyén (Pistyan).

1897.

VON

DR. EDUARD WEISZ

CURARZT IM SOMMER IN PÖSTYÉN, IM WINTER IN MERAN.



VERLAG DER GENERALPACHTUNG

(BADE-DIRECTION).

MAGYAR NYOMDA BUDAPEST

CASUISTISCHE MITTHEILUNGEN

aus dem Arbeiter-Pensionate im Bade Pöstyén (Pistyán).

Von

Dr. EDUARD WEISZ

LANE LIBRARY

I989
H9P6
1897

WAHREND des nunmehr fünfjährigen Bestandes unseres Arbeiterpensionats haben wir nahezu 500 Kranke, in der Saison 1896 allein 163 Kranke absolvirt.

Die Hygiene des Arbeiters ist einmal ein unabweisliches Problem unserer Zeit geworden. Allenthalben entstehen Unfall, Siechenhäuser etc. und nicht etwa anderen sozialistischen Fragen ähnlich, durch Forderungen des Arbeiters ins Rollen gebracht, sondern meist durch die einsichtsvolle Oekonomie des Arbeitgebers, resp. der Vereine selbst, gegründet und erhalten.

Vor die Initiative gestellt, dem chronisch kranken oder reconvalescenten Arbeiter durch unabsehbare Zeit hindurch das kostspielige Krankengeld auszufolgen, muss die Oekonomie die meist billigere, ***systematische Institutsversorgung*** suchen.

Dabei hat der Arbeitgeber oder Verein das beruhigende Bewusstsein, dass die für den Arbeiter pflichtgemäss gebrachten Opfer ***ausschliesslich gesundheitlichen*** Zwecken anheimfallen, während das dem Arbeiter eingehändigte Krankengeld oft genug nicht ihm selbst zu Guten kommt.

Ich will nicht nur auf Individuen hindeuten, die an die Stelle guter Pflege schon in der Reconvalescenz einen leichtsinnigen Lebenswandel setzen; ich meine auch jene ehrlichen Gestalten, die den Bissen Brod — das Krankengeld — mit ihren hungernden Kindern theilen und sich entziehen.

Nur in der Anstaltsbehandlung liegt die Gewähr, dass die Geldopfer für den Reconvalescenten oder chronisch gewordenen Kranken an die richtige Adresse der Hygiene gelangen. ***Daraus ergibt sich von selbst ein nennenswerthes Minus von Krankentagen, vor allem also ein bedeutendes Ersparniss für den Arbeitgeber oder Krankenverein, in zweiter Reihe die Wohlthat für die Familie, dass der Ernährer um so viel früher arbeitsfähig geworden.***

Die Anstaltsbehandlung hat aber auch eine ethische Seite, die Würdigung verdient.

79616

Innerhalb der ernsten Mauern eines Instituts bändigt sich jeder Leichtsinn. Der Anblick Schwerkranker erfüllt jeden mit Mitleid und steigert die Sehnsucht nach vollständiger Genesung. Man sieht oft einen wahren Wettstreit in der genauen Erfüllung ärztlicher Vorschriften bei den Kranken, und nicht selten verzeihlichen Neid, wenn es den andern besser geht.

Die Reconvalescenz ist unter andern Umständen für den Arbeiter manchmal Müssiggang und vielleicht auch ein Anfang des Lasters, im Institut verlebt, eine denkwürdige Zeit moralischer Selbstbildung.

Von diesen Principien ausgehend, wächst von Jahr zu Jahr auch jenes Interesse, welches die Krankenvereine unserem Arbeiterpensionate entgegenbringen so sehr, dass wir ausser Stande waren, den allseitig gestellten Ansprüchen zu genügen.

Es wird daher gewiss mit Befriedigung zur Kenntniss genommen werden, dass die Badedirection in Pistyan den Belegraum des Arbeiterpensionats verdoppelt hat, und nunmehr in der Lage ist, innerhalb einer Saison die stattliche Anzahl von 3—400 Kranken aufzunehmen. Es möge gleich hier die Thatsache Erwähnung finden, dass sich mehrere Vereine dauernd ***eine gewisse Anzahl Betten gesichert haben*** (die Krankencasse der kgl. ung. Staatsbahnen 15 Plätze, der kais. Ferd. Nordbahn 8 Plätze), ein Modus, der den Krankenkassen in administrativer Hinsicht viele Vortheile bietet.

*

Unter den 163 Kranken des Vorjahres waren im Ganzen 31 Frauen, also das weibliche Geschlecht in kaum 20%, vertreten — ein Verhältniss, das fast schon zur Regel geworden. 26 Kranke waren aus früheren Jahrgängen wieder erschienen.

Etwa ein Drittel der Kranken hat sich selbst gemeldet, zwei Drittel waren geschickt; die meisten von den Krankenkassen der Nordbahn und Staatsbahn in Wien, der ungarischen Staatsbahn in Diósgyőr und Budapest und der Genossenschaftskrankenkasse in Wien.

Sonst waren durch ihre Mitglieder vertreten:

In Wien der Allgemeine Arbeiterverein, die Krankenkasse der Mechaniker, die Freie Kasse der Handschuhmacher, die Oesterreichische Creditanstalt, das Franz Josefspital; in Budapest der Allgemeine Arbeiterverein, der Glaserverein, die Édeskuty'sche Niederlage; in Brünn die Allgemeine Arbeiterkrankenkasse, die Gasanstalt, der Buchdruckerverein, die Krankenkasse der Bäcker; die Bezirkskrankenkassen in Neutra, Svitavka, Liesing, Chrudin und Neusohl; die Krankenkasse der Tischler in Hainburg, der Textilindustrie in Jägerndorf, die Unterstützungs-Krankenkasse in Hamburg, die königl. Bruderlade in Zólyom-Brézó und die Kran-

kenkasse der Donauregulirungsgesellschaft in Pressburg; die Cichorienfabrik in Linz, die Zündwarenfabrik in Deutschlandsberg, die Eisenfabrik in Zólyom-Brézó, die Löw-Beer'sche Fabrik in Brüsau, die Papierfabrik in Nagy-Szlabos, die Knopf-Fabrik in Wagstadt; das Fürst Salm'sche Kohlenbergwerk in Necsiz, der Kaisersteinbruch in Bruck an der Leitha, die Gr. Vilcsek'sche Bergdirection in Poln.-Ostrau, ferner die Herrschaft in Tót-Megyer Kis-Kereskény, die Forstverwaltung in Karám, die Böhmerwalder Passionspiele und die Stadt Troppau.

Insgesammt haben im vergangenen Jahre — aus allen Gegenden der österreich-ungarischen Monarchie — 39 Krankenvereine, Fabriken, Spitäler und Gemeinden das Arbeiterpensionat in Pistyan beschickt. Die Vielsprachigkeit der Kranken und der Umstand, dass mehrere Kranke aus dem ferneren Auslande kamen (Würbitz, Kattovitz, Dresden etc.) gaben dem Institut gewissermassen ein internationales Gepräge.

Klinisch gruppirten sich unsere Fälle folgendermassen:

Rheumatische Erkrankungen	in	95	Fällen.
Ischias	»	19	»
Zweideutige Fälle	»	10	»
Negativer Befund	»	10	»
Nicht definirbar	»	2	»
Trauma	»	7	»
Lumbago	»	6	»
Tuberculose d. Knochen und Gelenke	»	4	»
Saturnismus	»	2	»
Ankylose	»	2	»
Gicht	»	1	Fall
Mercurialismus	»	1	»
Osteomalacie	»	1	»
Neuralgia intercostalis	»	1	»
Tabes	»	1	»
Tumor cerebri	»	1	»

Ehe ich auf die Besprechung der interessanteren Fälle übergehe, mögen betreffs der mehr-weniger willkürlichen Eintheilung resp. Gruppirung eines derart gemischten Krankenmaterials einige Bemerkungen im Allgemeinen gestattet sein.

Ich hätte die dritte, vierte und fünfte Gruppe («Zweideutige Fälle», «Negativer Befund», «Nicht definirbar») eigentlich unter den Titel *nicht diagnostizirbare Fälle* zusammenfassen können. Allein ich wollte gleichzeitig die verschiedenen Schwierigkeiten andeuten, die sich der Diagnose in den Weg stellen können.

Am einfachsten liegen die Fälle mit negativem Befund; die Patienten klagen über Schmerzen, der Arzt findet nichts Objektives, die bestimmte Diagnose also unmöglich. Es will damit nicht gesagt sein, dass alle diese «Patienten» einfache Simulanten wären.

Die Klagen sind oft begründet, allein es liegt in unserer eigenen Unzulänglichkeit, dass wir mit den beschränkten Hilfsmitteln der Diagnostik das pathologische Aequivalent nicht zu entdecken vermögen, es sei denn, dass wir uns leicht mit Diagnosen wie «Muskelrheumatismus», «wandernder Rheumatismus», «fliegende Gicht», «Neurasthemie» etc. zufriedengeben. Andererseits muss zugegeben werden, dass sich manchmal hinter den einfachen Klagen der unliebsame Anfang einer schweren Erkrangung unsichtbar verbirgt. Wie oft ist nicht beginnende Tabes mit Rheumatismus verwechselt worden und was alles kann die Zeit aus einer «Gelenkneurose» machen!

Anders steht es mit den sogenanten zweideutigen Fällen. Hier liegt ein objektiver Befund vor, doch lässt derselbe zweierlei Deutung zu. Zwischen einer rheumatischen, blenorrhoischen, luctischen und gichtischen Gelenkserkrankung können wir z. B. auf Grund des Status präsens allein oft keine Entscheidung treffen. Da müssen Nebenumstände, Anamnaesis u. s. w. herhalten. Und wo diese fehlen, bleibt der Fall zweifelhaft. Es steht mir ein Fall meiner Privatpraxis lebhaft in Erinnerung, wo von ganz ehrwürdiger Seite die Diagnose auf Fungus genu gestellt war; die auf eindringliches Fragen in der Anamnaese zugestandene Polyarthritis, welche wohl ganz geringe Dimensionen haben mochte, wurde dort übersehen und derart die Monarthritis für tuberculös gehalten. Das um 8 Cm. verdickte Knie sah ich innerhalb weniger Wochen in vollständige Heilung übergehen und dauernd gesund bleiben.

Schliesslich kann der Befund dermassen complizirt sein, dass er in keinen Rahmen der uns bekannten Krankheit-Systeme passt und dann ist er trotz gewisser objektiver Erscheinungen nicht mehr definirbar.

Unter den zweideutigen Fällen hatten auch wir einige, die fast ebenso gut für Tuberculose als für chronischen Rheumatismus angesprochen werden konnten, z. B.:

E. T. 36-jähriger Taglöhner, von schlechtem Aussehen, kann seinen linken Arm wegen Schmerzen und Geschwulst im Ellbogen seit 3 Jahren nicht recht brauchen. Die Erkrankung datirt angeblich von einer Erkühlung (!) gelegentlich einer Waffenübung. Das Ellbogengelenk ist abgerundet, hochgradig geschwollen, von prall-elastischer Consistenz. Was den Fall für Tuberculose noch mehr verdächtig macht ist der Umstand, dass der Vater an Schwindsucht starb. Für Rheumatismus (der Wirbelsäule) spräche die Druckempfindlichkeit sämmtlicher Wirbel, des Kreuzbeins und des glutaealen Theiles des linken Ischiadicus. Es lag also entweder chronischer Rheumatismus vor, oder Tuberculose, oder — beides. Die nur auf kurze Zeit ermöglichte Beobachtung war nicht von Belang.

Ein anderer Fall:

Th. A. 43 J. alt, Hauer in einem Kohlenbergwerk, sieht gut aus. Im Dezember, also von etwa 4—5 Monaten, schlug sich ein Brett ans linke Knie. Seitdem ist dasselbe geschwollen, die Conturen verschwommen, die

Stellung 170°, Flexionsweite 10°. Patient gibt in der unklaren Krankengeschichte an, dass er vor 20 (!) Jahren am Knie operirt, bis zu dem Unfalle stets arbeitskräftig war. Man findet dem linken Schenkelcondyl entsprechend, thatsächlich eine fünf Cm. lange Narbe, in deren Fortsetzung das Knie druckempfindlich. Um Tuberculose durfte es sich seinerzeit kaum gehandelt haben. Man kann mit einem im Mannesalter tuberculös gewesenem Knie wohl kaum weitere 20 Jahre Hauer sein. Wars eine dem Gelenke nahe liegende acute Osteomyelitis? Haben wir es nun mit einer gewöhnlichen Gonitis traumatica oder in Folge des Traumas mit einem sich chronisch anlassenden Recidiv zu thun?

Weniger zweifelhaft ist folgender Fall:

F. B. 29-jähriger Zinkograph, mit derzeit ausgesprochener rechtsseitiger Coxitis (Contractur etc.) hat am 19./VIII. 1895 (Krankenzettel 3179) beiläufig vor einem Jahre, eine chirurgische Klinik aufgesucht und die Diagnose, «Ischias, Coxalgie» mitgebracht. Es fehlte also vor einem Jahre noch jede objective Spur einer Hüftgelenkerkrankung. Das Schenkelstück des r. Ischiadicus ist noch druckempfindlich (wohl secundär ergriffen). Die Frage, welcher Natur die Coxitis sei, bleibt weiter offen.

Der Fall zeigt, wie manchmal die Zeit unsere Diagnose, besonders bei beginnenden Gelenk-Erkrankungen zu berichtigen pflegt.

Oefters stehen wir einem, scheinbar chronischem Rheumatiker gegenüber, doch liegen im Berufe des Kranken Schädlichkeiten, die zu ähnlichen Zuständen (Bleikrankheiten u. s. w.) führen können, und die Diagnose wird zweideutig. Beispielsweise:

Ch. L. Installateur, 46 Jahre alt, arbeitet viel mit Blei und anderen Metallen, ist seit 1880 fast jährlich Wochen oder Monate lang leidend, zeitweilig bettliegend, doch ohne Fieber. In der ersten Zeit schmerzten nur die Füsse, später die meissten Gelenke. Status präsens: Rechts Ellbogengelenk druckempfindlich, desgleichen der stark gedunsene Metacarpus und die Metacarpophalangeal-Gelenke; die Haltung der Finger im Metac.-phal. Gelenke flecirt, in den übrigen Gelenken gestreckt; die Tension im Grundgelenke nicht vollständig möglich, die Flexion des Zeigefingers etwa nur $^3/_4$, wie beim Zeigefinger links. Links ist auch die Metacarpophalangeallinie druckempfindlich.

Manchmal kann der Urin (in diesem Falle nicht untersucht) insoferne Entscheidung bringen, als chronische Bleikranke neben der *Arthritis* öfters Eiweiss ausscheiden. Die rasche Besserung, die in diesem Falle nach 34 Schwefelschlammbädern (32°, 20—30 Minuten) eine totale war, zeugt eher für chronischen Rheumatismus.

Ueber unsere Fälle von **Tabes** und **Tumor cerebri** ist wohl nicht viel zu berichten. Von dem guten Rufe des Badeortes angelockt, hat sich der eine wegen Schmerzen, der andere wegen Lähmungserscheinungen ahnungslos und von Hoffnungen beseelt, eingestellt, um nach wenigen Tagen ebenso enttäuscht zurückzukehren.

Frappante Heilung hat hingegen eine 35jährige, an **Neuralgia intercostalis** leidende Kellnersgattin zu verzeichnen:

Sie litt seit 4 Jahren an heftigen Seitenschmerzen, die sie öfters zu Bett warfen. Die Schmerzen pflegten bei kühler Witterung heftiger zu sein. Patientin vermochte sich manchmal im Bett nicht zu wenden. Die Unter-

suchung ergab Druckempfindlichkeit der Intercostales, sonst normale Verhältnisse. Pat. gebrauchte an 40 Schwefelschlammbäder, beginnend bei 30° und bis zu 33 ansteigend, in der Dauer von 15—25 Minuten, verbunden mit $^1/_2$stündiger Einpackung und $1^1/_2$stündiger Bettruhe.

Über die guten Erfolge der Schwefel- und Schlammbäder gegen **Osteomalacie** habe ich bereits bei anderer Gelegenheit ausführlich*) berichtet. Auch in diesem Falle, der eine 38j. multipare Arbeiterin betraf, und sich hauptsächlich in, tief in den Knochen sitzenden Schmerzen, in Druckempfindlichkeit der Beckenknochen und watschelndem Gange äusserte, trat rasche Besserung ein. Eigenthümlicher Weise hatte ich seit meinen Publicationen bis nun keinen weiteren Fall gesehen. Es scheint, dass die, eine Zeit lang nur durch Laparotomie curirte Osteomalacie nunmehr urbi et orbi mit Medicamenten, Milchkuren, einfacher Narkose etc. behandelt und vielleicht aucht geheilt wird.

Ankylose betraf einmal einen 25jährigen kräftigen Schornsteinfeger — in Folge der Erkrankung späterhin Kanzlist — nach Phlegmone des rechten Beines, im Knie mit einer Winkelstellung von 124°. Selbst eine Belastung resp. Zug von 30 Klgr. liess keine Spur von passiver Bewegung aufkommen.

Der zweite Fall betraf eine 23jährige Näherin, ebenfalls am Knie, nach einer *acuten* (blenorrhoischen?) Gelenkentzündung. Patientin war ein volles Jahr (!) im Gipsverbande und ausserdem noch im Bette zurückgehalten worden. Psychisch und körperlich herabgekommen, sich auf 2 Krücken schleppend, traf die Kranke bei uns ein. Nach Abnahme des Gipsverbandes lernte sie bald mit Stöcken und nach 2—3 Wochen auch ohne Stock gehen. Die Reactivirung des Gelenkes zu versuchen, war keine Zeit, wäre wohl auch nicht möglich gewesen.

Die meisten Ankylosen sahen wir nach Traumen und acuter (zumeist blenorrhoischer) Monarthritis. Die acute Polyarthnitis pflegt bei robusten Individuen ebenfalls fulminant einzusetzen, führt aber nur selten, und da gewöhnlich nach Gipsverbänden, zu vollständiger Versteifung eines oder des anderen Gelenkes. Noch seltener begegneten wir totaler Ankylose beim chronischen Rheumatismus; die Bewegung mag noch so sehr beschränkt gewesen sein, eine Spur von passiver Beweglichkeit war häufig zu entdecken.

So wenig wir daran denken können, eine totale Ankylose durch Schwefel- und Schlammbäder zu beheben, haben ja in solchen Fällen auch die gewaltsamen Versuche in der Narkose nur selten Erfolg, suchen die Kranken Thermalbäder, doch mit einer gewissen Vorliebe auf. Es handelt sich dabei um Schmerzempfindungen, die

---

*) «Casuist. Mittheil. aus dem Arb.-pens. in Pistyan.» Pester medizin.-chir. Presse 1894 und «Beitrag zur Heilung der Osteomalacie.» Wiener Klin. Wochenschrift 1894 Nr. 23.

dem Gebrauche der Schwefel- und Schlammbäder mehr-weniger weichen, und um die Widerstandsfähigkeit resp. Gebrauchsfähigkeit der versteiften Gliedmassen neu zu beleben. Temperaturen von 32—36° R. sollen verhelfen, die Circulation i. e. Ernährung der trophisch verkommenen Extremität durch eine mächtige Fluxion des Blutes zu verbessern.

Unter den treuesten Anhängern des Bades sieht man denn auch Ankylotische oft genug wiederkehren, unser Schornsteinfeger z. B. hat das Pensionat schon zum zweitenmale aufgesucht (Casuist. Mittheil. 1895).

Anders verhält es sich mit den Fällen beschränkter Beweglichkeit, die der Thermal- besonders Schlammbehandlung ein dankbares Feld bieten. Selbstredend sehen wir von mechanischen Behelfen (Massage, passive Bewegungen) nicht ab. Die passiven Bewegungen lasse auch ich lieber maschinell gewähren*), weil die Maschine mit mehr Pünktlichkeit und Ausdauer und gegen weniger Opposition arbeitet, als die Hand. Anhaltenden Zug lasse ich, auch ambulatorisch, mit Hilfe von Gewichten anstatt mit manueller Kraftanwendung geschehen. Zu diesem Zwecke haben wir höchst einfache, selbstconstruirte Apparate**) ganz gute Dienste geleistet. Mit Hilfe des Gewichtszuges können wir uns auch prognostisch ein ziemlich sicheres Urtheil verschaffen, was mit manuellem Eingriff, der angestrengten Opposition halber seitens des Kranken, nicht gut möglich ist. Patient vermag einem bedeutenden Gewichte nicht lange Stand zu halten, die Muskeln erschlaffen wie in der Narkose, und die scheinbare Steifigkeit trennt sich von der wirklichen. Kranken, die bei grosser (20—40 Klgr.) Belastung nicht einmal Schmerzempfindung oder keine Spur von Beweglichkeit zeigen, kann jeder weitere Versuch erspart bleiben.

Lumbago, wiewohl gleich der Ischias, in den meisten Fällen rheumatischer Natur, wollen wir, indem sie gewissermassen einen Krankheitstypus repräsentirt, separat besprechen.

Wir hatten 6 Fälle, darunter auch 2 Frauen. In der Privatpraxis, wo die Specialisten leichter zugänglich sind, gelangen die Frauen mit Lumbago meist in die Hand des Frauenarztes, weil man gewöhnt ist, alle Erscheinungen im Umkreise des Beckens mit dem Uterus obligat zu verbinden.

In einem weniger vehementen Falle bestand die Erkrankung seit 3 Jahren, in einem anderen blieb dieselbe 4 Monate lang sozusagen acut; der Kranke vermochte sich nur mit Hilfe von Stöcken kümmerlich fortzubringen. In 3 Fällen war keine isolirte

---

*) Den unbemittelten Kranken des Arbeiterpensionats habe ich das mechanotherapeutische Institut zu freier Verfügung gestellt.

**) «Eine combinirte Bank zu chirurgischen, orthopädischen und gynäkologischen Zwecken u. Massage». Prager med. Wochenschr. 1895.

Lumbago, d. h. die Erkrankung nicht ausschliesslich auf die Lendengegend beschränkt, vielmehr waren, wie es in der Natur des Rheumatismus liegt, andere Körpertheile mit einbezogen: In einem Falle die Brustwirbel, in einem die linke Scapulargegend, in deren oberem innern Winkel Schmerz und bei der Bewegung lebhaftes Krachen zu hören und fühlen war; in einem Falle sass in der Vola manus beiderseits an der Flexorensehne des vierten Fingers eine erbsengrosse, sehnenartige, mit der Haut theilweise zusammenhängende Verdickung, die auf Druck empfindlich war; accidentell waren bei diesem Kranken am linken Unterschenkel zahlreiche Varices, wohl in Folge der da befindlichen bis kreutzergrossen Narben — Pat. hat sich vor 9 Jahren mit Glasscherben lädirt — entstanden, unter dem Schienbeincondyl etwa in der Grösse eines Silberguldens, mit zahlreichen erbsengrossen, freibeweglichen Phleboliten.

Diagnostisch bezeichnend für die Lumbago, gegenüber Erkrankungen der Niere und des Rückenmarks, ist die Steigerung der Schmerzen bei Bewegung der Lendenwirbel; Wirbel-Tuberculose und Neoplasmen gegenüber der Umstand, dass sich da die Schmerzhaftigkeit zumeist bei der Beugung nach vorne steigert, unterdess bei der Lumbago, entsprechend dem Freisein der Wirbelkörper, die Schmerzen gewöhnlich bei einer Rückwärtsbeugung zunehmen.

In einem Falle meiner Privatpraxis (August 1895) konnte man sich auf dieser Basis für Lumbago und gegen ein Neoplasma aussprechen. Es handelte sich um einen 70jährigen Herrn, der seit November leidend, wegen äusserst heftiger Schmerzen der Lendengegend schlaflos, kaum Strecken von 3—4 Minuten gehen konnte und an Körpergewicht 10 Klgr. verloren hatte; dem Gewichtverlust war allerdings ein hefliger Darmkatarrh vorausgegangen. Patient kam aus Karlsbad, wo er gelegentlich Docent Irsai und Prof. Kéthly consultirte. Was den Verdacht auf ein Neugebilde besonders bestärkte, waren die ansehnlichen, etwas druckempfindlichen Drüsenpakete beider *Inguinalwinkel.* Sonstiger Stat. pr.: Lumbalmusculatur links hart; Druckempfindlichkeit im linken Sacrolumbalwinkel; Rumpfbeugung nur nach hinten schmerzhaft, oder wenn sich Pat. nach rechts krümmt, wo dann die Schmerzen links auftraten; Beugung des Rumpfes nach vorne frei. Dieser Umstand und die normale Thätigkeit des Mastdarmes und der Blase — diese Organe hätten, zwischen krebsigen Gebilden eingekeilt, wohl kaum ungestört funktioniren können — schienen für Lumbago zu entscheiden. Patient ging nach dreiwöchentlicher Kur (Wannenschlammbäder von 28—30° 15—25 Minuten Dauer) gebessert nach Hause und is heute ganz gesund. Bemerkenswerth ist, dass auch die Drüsen zum guten Theile rückgängig wurden.

Während wir oft in veralteten, mit dumpfen Schmerzen einhergehenden, hartnäckigen Fällen zu Temperaturen von 33—34° R. und aushilfsweise zu Schlammumschlägen (Cataplasmen) greifen müssen, erfordert Lumbago mit heftigen, schneidenden Schmerzen, ähnlich wie eine tobende Ischias, die schonendere (28—30 gradige) Behandlung. Die nämliche Abstufung gilt für heilgymnastische Uebungen und Massage. Die Schmerzhaftigkeit pflegt bald nach der

Thermalcur aufzuhören, manchmal bleibt aber ein Gefühl der Spannung zurück und erheischt die Wiederholung der Kur.

Ischias war in 19 Fällen vorhanden.

In einem Falle hat sich dieselbe nach einer Lumbago, die vor 2 Jahren in Pistyan zur Heilung kam, auf derselben Seite entwickelt — ein interessantes Tieferwandern der Erkrankung, wie es öfters zur Beobachtung kommt.

P. R. 43 J. alt, Arbeiter in einer Maschinenfabrik, meldet sich am 8. Juni 1894 zur Aufnahme, ist seit 8 Monaten arbeitsunfähig, öfters Tagelang zu Bett. Stat. pr.: Lumbalgegend druckempfindlich, besonders rechts; da auch die Gegend des Hüftgelenks, wohl der N. cruralis. Rumpfbewegungen meist schmerzhaft.

P. R., der nach einer 2-wöchentlichen Cur geheilt nach Hause ging, blieb bis April 1896 ganz gesund.

Am I/VI. 1896 war folgender Status: Lendengegend frei, rechts die glutaeale Partie des Ischiadicus und Peroneus supf. druckempfindlich. Pat. hinkt, kann auf der kranken Seite auch nicht liegen. Nach 5wöchentlichem Kurgebrauch waren die Symptome wieder geschwunden.

Unter den 19 Fällen waren 8 rechts-, 9 linksseitig und zwei bilateral. Manchmal kann eine bilaterale Ischias die prämonitorische Vorläuferin einer Tabes sein, doch muss man in den meisten Fällen ihre Selbständigkeit anerkennen; sie ist gewöhnlich symmetrisch, in einem unserer Fälle waren links das Schenkelstück, rechts die plantaren Aeste des Ischiadicus ergriffen. Das Kreutzbein war in vielen Fällen druckempfindlich, in einem Falle auch die ganze Wirbelsäule, einmal der Cruralis. Der Ischiadicus selbst war bald im Ganzen druckempfindlich, bald — ohne Typus — nur an einzelnen Stellen, resp. in seiner oberen, unteren oder mittleren Partie. Einmal bestanden subjektiv bestimmte Ischiasbeschwerden, ohne irgend welche Druckempfindlichkeit. Hinken, eigentlich Hinweghüpfen über das kranke Bein war dreimal zugegen; einmal eine nach vornüber geneigte, steife Rumpfhaltung. Relativ oft — in 6 Fällen — fand ich in diesem Jahre gut ausgesprochene Scoliosen; zweimal homolog, zweimal heterolog, einmal hielt sie nur, nach langem Liegen, in den Frühstunden an, einmal war sie angeblich nur zu Beginn der Erkrankungen dagewesen.

Die Krankheitsdauer unserer Fälle schwankte zwischen wenigen Wochen und vielen Jahren. In den meisten Fällen steigerten sich die Schmerzen beim Gehen, in einzelnen grade beim Sitzen oder Liegen; letzteres war gewöhnlich auf der gesunden Seite am besten möglich, weniger gut in der Rückenlage, am allerwenigsten auf der kranken Seite. In einem Falle, als würde die Ischias in keiner Hinsicht eine Ausnahme kennen, lag Patient A. W., ein 44-jähriger Locomotivführer, am besten noch auf der kranken Seite. Die Schmerzen waren, — aus uns unbekannten

tellurischen Einflüssen — in vereinzelten Fällen des Nachts heftiger; ein Patient, der sich seine Ischias vor einem Jahre durch Luftzug zuzog, schrieb die Steigerung der Schmerzen eigenthümlicher Weise der Bettwärme zu.

Aetiologisch liess sich in vielen Fällen nichts Bestimmtes eruiren, in manchen als Causa morbis Verkühlung; einmal ging der Erkrankung ein Sturz voraus. Therapeutisch hatte ich schon öfters Gelegenheit, auf die Nothwendigkeit einer streng individualisirenden Behandlung hinzuweisen. Bei uns kommen je nach dem Falle Temperaturen von 28—34° R. in Gebrauch. Da in Pistyan auch solche Kranke oft genug zur Heilung kommen, die zu Hause alle möglichen Thermalkuren vergebens durchmachten, scheint die Annahme berechtigt, dass dem Schwefel und Schlamme specifische Wirkungen zukommen.

Trauma, resp. die Folgen davon sahen wir bei 7 Kranken in allen Varietäten: Contusion, Zerrung, Fractur und Luxation. Bei einem Kranken kam es vor $^1/_2$ Jahre nach Fall auf den Steiss zu lumbagoartigen Erscheinungen (Druckempfindlichkeit der Lumbalwirbel und Umgebung, Schmerzhaftigkeit der Rumpfbewegungen), bei einem andern, der bei einer Abrutschung in eine Grube auf die Ferse auffiel und mit geschwollenem Fussgelenk noch eine Zeit lang arbeitete, zu einer Arthritis traumatica deformans (das r. Sprunggelenk nach allen Richtungen durch feste Gewebsmassen stark verdickt), die ihn nunmehr seit 2 Jahren an Stock und Krücke bannte. Im ersten Falle trat Heilung, im zweiten Besserung ein. In zwei andern Fällen (Fractur des Schlüsselbeins, Contusion der Schulter) hat sich die Gebrauchsfähigkeit der oberen Extremität durch die Application 32—35°-iger Schlammumschläge wesentlich gehoben.

In einen Falle — Fractur des linken Oberschenkels oberhalb des Knies — mit freier Beweglichkeit im Knie, bestanden seit den 3 Jahren wesentliche Beschwerden : hinkender Gang mit etwas flektirten Knie, schwacher Pesvagus-Stellung, das Bein abgemagert, Fuss gedunsen und stellenweise druckempfindlich. Die Erklärung dafür gab vorne an der Bruchstelle eine, etwas seitlich nach innen verschobene, fingerdicke Knochenleiste — das bleibende Zeichen einer Verschiebung und Achsendrehung des unteren Bruchstückes, was neben den übrigen Erscheinungen auch die indurirte Schwellung des Fusses als Folge der gestörten Blut- und Lymphcirculation in der Kniekehle, rückwirkend also auf die Peripherie, nach sich zog. — Wesentliche Besserung.

Verhältnissmässig wenig Beschwerden zeigte ein mit chronischer Luxation des r. Hüftgelenks behafteter, 39-j. Fabriksarbeiter J. R. der vor 9 Jahren gelegentlich einer militärischen Uebung sammt dem Pferde stürzte, und links eine hochgradige Distorsion des Sprunggelenks, rechts die erwähnte vielleicht mit Fractur des Schenkelhalses combinirte Luxation der Hüfte davontrug. Das Caput femoris ist in kaum veränderter topographischer Lage leicht unter der Haut tastbar und macht die möglichen, minimalen Bewegungen des Schenkels mit. Verkürzung 1 Cm., Atrophie 1—2 Cm. Interessant ist, dass Patient arbeitsfähig blieb, der Gang geradezu normal ist. Das l Sprunggelenk ist um $2^1/_2$ Cm. dicker, vorzüglich in den Knöcheln, somit ein. Artritis traum. deformans. — Wesentliche Besserung.

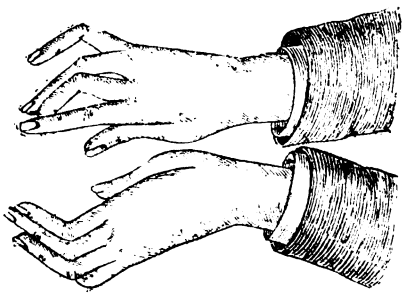
Die Residuen nach Trauma vertragen und erfordern oft stärkere Temperaturen. 35° R. pflegen wir selten zu überschreiten; wo wir hauptsächlich schmerzstillend wirken sollen, gehen wir fast nie über 33° hinaus.

Tuberculose der Knochen und Gelenke sahen wir 4-mal; in zwei Fällen (Knie, Handgelenk) war sie gedeckt, doch derart hochgradig, dass die Heilung ohne radicalen chirurgischen Eingriff nicht denkbar war; in zwei Fällen, die beide den Femur betrafen, waren (in einem Falle seit acht Jahren 6) Fisteln vorhanden. Bei fistulöser Tuberculose habe ich durch wiederholte und anhaltende Kuren (10—12 Wochen) überraschende Erfolge gesehen. Ich erinnere mich eines 5-jährigen Jungen, der an den verschiedensten Körperstellen 30—40 Fisteln hatte; einige Monate nach der Kur waren alle zugeheilt, 5 brachen im Frühjahr wieder auf, um nach Wiederholung der Kur in Heilung zu übergehen.

Das wirksame Agens der Schwefelbäder bei fistulöser Tuberculose besteht einmal in der schonenden, reizlosen und dabei ausgiebigen Ausschwemmung des Krankheitsherdes und der sich windenden Fistelgänge, ferner in der, auch experimentell leicht nachweisbaren activ stark hyperämisirenden Eigenschaft des Hydrothions. Dazu gesellt sich noch selbstverständlich die nämliche Eigenschaft der Wärme. Mit 26—27° R. beginnend, pflegen wir in Fällen, wo durch reichlichen Abfluss jeder Secret-Retention vorgebeugt ist, und besonders (lokale) Theilbäder möglich sind, bei strenger Kontrolle und öfteren Pausen allmälig bis zu 36—38° R. und $^3/_4$—1 Stunde Dauer anzusteigen. Das eitrige Secret nimmt Anfangs zu — öfters sieht man auch necrotische Gewebsfetzen und Knochenstückchen abgehen — wird dann serös, fleischwasserfarbig, nimmt ab, um langsam aufzuhören.

Mercurialismus, in recht interessanter Form, war bei dem 23-jährigen Metallarbeiter R. W. vorhanden.

Derselbe hatte viel mit Quecksilber zu thun, ist seit $1^1/_2$ Jahren chronisch leidend, seit $^1/_2$ Jahre arbeitsunfähig. Ausser Tremor in den Fingern, war interossealer Muskelschwund der Mittelhand, pathologische, mit Gelenksteifigkeit verbundene Haltung der Finger und daneben Arthritis des rechten Ellbogengelenkes vorhanden. Dasselbe war abgerundet, konnte activ, auch passiv, nur bis 160° gestreckt werden, darüber hinausgehende Streckversuche waren schmerzhaft. Die Hände livid verfärbt, kalt. Das rechte Handgelenk ist kaum geschwollen, doch etwas druckempfindlich, activ sehr wenig, passiv gut beweglich, die Interossealräume sind tief eingesunken, besonders der letzte. Die Haltung der Finger ist aus der Zeichnung (gewöhnliche Haltung der Hände) ersichtlich. Die Streckung der Finger reicht kaum über die gewohnte Stellung, auch



die Flexion ist unvollständig. Die passive Bewegung zwischen den einzelnen Digitalgelenken lässt sich umso schwerer ausführen, je mehr spitz ihr Winkel ist. Links geht die Fingerstreckung auch nicht über die gewohnte Haltung, doch ist die Beugung vollständig, das Handgelenk ist frei. Patient der Electricitätscuren hinter sich hatte, ging nach mehrwöchentlichem Gebrauche lokaler Schlammbäder (32—34°) mit wesentlicher functioneller Besserung nachhause.

Unter den 95 Fällen **rheumatischer Erkrankung** war 50-mal Polyarthritis mit ihren subacuten, oder chronischen Zuständen vertreten. Beiläufig in der andern Hälfte der Fälle setzte der Rheumatismus vom Hause aus chronisch ein.

Von den, an subacuten Folgezuständen der Polyarthritis Leidenden bedarf es nicht vieler Worte. Es sind die auffallendsten Typen des Badeortes, sie avanciren im Verlaufe weniger Wochen vom Rollstuhle zu den Krücken, von der Krücke zum Stock, um bald auch diesen abzulegen.

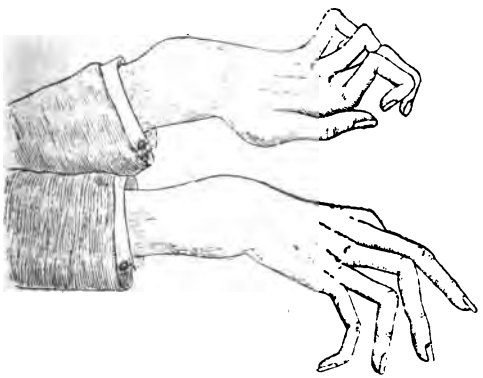
In einem Falle (bei der 19-jährigen Näherin P. N.) hatte die vor 8 Monaten in beiden Knien aufgetretene Polyarthritis links zu vollständiger, leider unverbesserlicher rechtwinkeliger Ankylose geführt; in einem andern (F. P. 56 J. alt, Tischler), wo vor einigen Monaten das linke Knie und Sprunggelenk plötzlich erkrankte, kam es bei Zurückbleiben mässiger Abrundung der Gelenke zu einer Lähmung der Beuger im Sprunggelenke; der Fuss nahm eine schlaffe Pferdefusstellung ein, die sich beim Gehen durch Streifung des Vorderfusses am Bodem auf unliebsame Weise bemerkbar machte. Der mehrwöchentliche Bädergebrauch vermochte nur eine Besserung zu erzielen.

Von unseren chronischen Fällen will ich 2 Beispiele anführen; einen Fall von ganz atypisch verlaufendem, hartnäckigen, chronischen Rheumatismus, der Anfangs unter dem Bilde einer Lumbago, letzthin mit freiem Rücken unter dem Bilde einer chron. Affection der Schulter und der Sprunggelenke, unser Arbeiterpensionat nun zum drittenmale aufsuchte, jedesmal zur Heilung kam, um ebenso oft im Frühjahre rückfällig zu werden. Der zweite Fall betrifft einen unglücklichen nur 17-jährigen Burschen, der innerhalb 2 Jahre ganz verkrüppelt wurde.

D. W. 39-jähriger Schuster, war nie bettliegend, seit einem Jahre Schmerzen im Rücken und in der Lendengegend. Status präsens am 25. VII. 1894: die letzten Brust- und sämmtliche Lendenwirbel sind druckempfindlich, theilweise auch die Cristae ilei. Patient kann vor Schmerzen den Rumpf weder nach vorne und hinten, noch zu den Seiten beugen. Am 18. VIII. normal. Bis Feber blieb Patient gesund, von da an Schmerzen fast im ganzen Körper, besonders im Nacken, in den Schultern und Füssen. Status präsens am 26. V. 1895. Links der Cucullaris und das Schultergelenk etwas druckempfindlich, desgleichen die Spin. ant. sup. ilei, in höherem Grade die Sprunggelenke und Fersen. Am 5. VII. normal, bis März 1896. Es traten aufs Neue Schmerzen in der r. Schulter und in den Füssen auf, daselbst (am 1. VI. 1896) Empfindlichkeit auf Druck. Der Rücken blieb gesund. Am 4. VII. normaler Befund.

Eigenthümlich ist in diesem, wie in manchen andern Fällen, die eine Wiederholung der Cur bedürfen, dass das Wohlbefinden nach dem Gebrauche der Bäder oft den ganzen Winter anhält, um im Frühjahre nachzulassen. Ich kenne vereinzelte Kranke — allerdings sind dies Ausnahmen — die sich im Winter überhaupt wohler fühlen, als zur warmen Jahreszeit. Ich übergehe nun auf das triste Beispiel eines juvenilen deformirenden Gelenkrheumatismus.

R. N. 17 jahre alt, war Schlosserlehrling, erkrankte plötzlich im Mai 1894 nach vorangegangener Angina ohne ausgesprochene Gelenkerscheinungen «nur der Rücken und die Hüften haben wehe gethan». Das 3 Wochen lang bestehende hochgradige Fieber verdächtigte angeblich auf Typhus. (Die Einleitung der Scene mit Angina spricht für acuten Gelenkrheumatismus, die geringen, kaum beachteten Gelenkerscheinungen ebenfalls.) Die Reconvalescenz schritt rasch vor, als nach einem Bade im Sommer der rechte Fuss anschwoll. In Varasdin-Teplitz zur Cur, schwoll das linke Knie an, nachher wurden fast alle Gelenke, auch der Nacken ergriffen — also das Bild der Polyarthritis ausgeprägt. Patient hütete mehrere Monate lang das Bett; als er dasselbe verlassen wollte, war der Körper zum grossen Theile versteift, der Kranke eine unbeholfene Masse, nicht fähig, sich selbst mit Hilfe von Krücken fortzubringen: er muss von einem Platz zum andern getragen werden. Status präsens: Langgestreckter, magerer Körper mit leidendem Gesichtsausdruck, Kopfhaltung starr, etwas noch unten und rechts gerichtet. Dabei sind die Bewegungen des Kopfes, mit Ausnahme der Linksdrehung frei, Schultergelenke frei. Das Ellbogengelenk rechts abgerundet, doch kaum druckempfindlich, in Winkelstellung von 85°, Flexion nicht möglich, Tension etwa 5 Grad, passiv nicht mehr; links sind die Konturen des Gelenkes ebenfalls verschwommen, die Stellung rechtwinkelig, ohne Tensionvermögen, Flexion etwa 10°. Die Hände sind blass, stellenweise etwas livid verfärbt, fast eiskalt, in der Handfläche ganz feucht (auch die Füsse sind stets mit kaltem Schweiss bedeckt). Das rechte Handgelenk ist abgerundet, zur Mittelhand in palmarem Winkel von 127 Grad steif. Die Finger in ihrer gewöhnlichen Haltung (S. Zeichnung) mehr-weniger palmarflektirt, sonst geradezu total flektirbar; die Streckung der Finger ist beim Zeigefinger gut möglich, beim dritten Finger zwischen Grund und Mittelphalanx nicht vollständig, beim vierten und fünften Finger gar nicht möglich, daselbst zwischen Grund- und Mittelphalanx auch passiv ausgeschlossen. Der Daumen ist frei, Patient isst, schreibt und zeichnet — Dank der freien Schulter. Links ist das Handgelenk ebenfalls abgerundet und in palmarer Winkelstellung steif; der Daumen wohl in Adduction, doch in den Gelenken frei, beweglich während die anderen Finger — in ziemlich gleichem Masse — hochgradig deformirt sind. Die gewöhnliche Stellung erhellt aus der Zeichnung, darüber hinaus ist sowohl die Flexion als Tension nur spurenweise möglich; im metacarpophalangealen Gelenk sind die Finger in stumpfen Winkel dorsal-



flektirt, zwischen Grund- und Mittelphalanx in extremen spitzem Winkel palmarflektirt, zwischen Mittel- und Endphalanx ebenfalls palmarflektirt, jedoch in geringerem Maase.* Die Grund- und Mittelphalaux ist auch passiv, kaum beweglich, die Endphalange ist passiv beweglich. Die Hüftgelenke sind vorn und hinten druckempfindlich, die Oberschenkel zu dem horizontal aufliegenden Becken in 120° Winkelstellung, bei activen Bewegungsversuchen geht das Becken mit, bei passiven bis zu einer ganz kleinen Strecke nicht. Die Knie sind wohl abgerundet, doch wenig geschwollen, druckempfindlich in Stellung von 118°, darüber hinaus mit totaler Flexion; Tension, mit grobem Crepitiren verbunden, geht auch passiv über besagten Winkel kaum hinaus. Die Sprunggelenke sind mit festen Gewebe-Massen verdickt, an den äussern Knöcheln oedematös, Fingerdruck behaltend; die Füsse sind etwas weniger kalt als die Hände, an den Sohlen und Zehen schweissbedeckt, in den kleinen Gelenken Druckempfindlichkeit. Das Nagelbett der ersten und dritten Zehe ist an einem Rande eingerissen, mit einer rostfarbenen, blutigen Kruste bedeckt, angeblich seit 5 Monaten bestehend, bei Berührung leicht blutend. Die Behandlung bestand im Gebrauche 29—31 grädigen Thermalwannenbäder und 33 grädigen Schlammumschlägen; von Bassinbädern musste ganz abgesehen werden. Ferner kamen in Anwendung Massage, passive Bewegungen und zur Besserung der Steifigkeit in den Knien und Ellbogen Gewichtszug. Nach nicht ganz zweimonatlicher Behandlung konnten wir in diesem desparaten Falle folgenden Fortschritt notiren:

Kopf auch nach links frei beweglich. Active Beweglichkeit des Ellbogens, rechts zwischen 65—105°, links 70—90°. Hände noch eisskalt, aber nirgends livid, Rechts ist die Fingerhaltung schon in gerader Fortsetzung der Mittelhand. Links geringes Spiel des Handgelenks; bei Flexion der Finger gleicht sich die Stellung der Grundphalangen aus, dieselben gelangen in die gerade Fortsetzung der Mittelhand; bemerkenswerth ist, dass sich die Grundphalangen auch bei der Tension unter Vergrösserung des stumpfen Winkels etwas *palmar*wärts neigen. Die passive Beweglichkeit ist zwischen Metacarpus und Grundphalanx 30—40°, während sich zwischen Grund- und Mittelphalanx der rechte Winkel herstellen lässt. An den Knien machen sich die Umrisse wieder bemerkbar, Crepitiren besteht; active Tension bis 130 Grad möglich. Die Circumferenz der Sprunggelenke hat um 1 Cm. abgenommen. Die Krusten am Nagelbett der Zehen waren nach 4 Wochen verschwunden. In den Hüften geht rechts das Becken noch mit, links circa 20 Grad active Beweglichkeit.

Noch sei erwähnt, dass Patient mit Hilfe der Gehschule schliesslich gehen lernte. Ich möchte bei dieser Gelegenheit diesen einfachen aus der Kinderstube entlehnten Apparat, der im Wesen aus einem, auf kleinen Messingrädern rollenden Gerüst und in beliebiger Höhe einstellbaren Krücken besteht, hier wärmstens empfehlen. Der Patient hängt sich anfangs in den Achseln auf, lernt aber bald mit Lust und Energie, die seit langer Zeit lahmgelegten Beine wieder gebr auchen. Der zusammenknickende Körper richtet sich allmälig auf, und man erlebt die Freude, dass man die Krücken von Woche zu Woche höher stellen kann.

Gichtkranke kommen in unserem Arbeiterpensionate nur vereinzelt zur Beobachtung. Die Verhältnisse des Arbeiters sind zweifelsohne nicht dazu angethan, Gicht zu erzeugen. Die Diagnose der Gelenkgicht ist übrigens an und für sich nur nach

* Die Zeichnung entspricht in dieser Hinsicht nicht vollkommen.

typischen Gichtanfällen, oder auf Grund subkutaner Ablagerung mit Sicherheit gestattet. Die Harnuntersuchung lässt bei dem heutigen Stande unserer Wissenschaft die Frage in vielen Fällen offen. Die *Garrod*'sche Blut- oder Blutserum-Probe auf Harnsäurekrystalle, hat nur für extreme Fälle Geltung. Und so mag ja, wenn besonders die hereditäre Belastung nicht augenscheinlich ist, so mancher Fall von «larvirter Gicht» unentdeckt und unbenannt bleiben.

In dem zu beschreibenden Falle spricht Familiendisposition und die dominirende Stellung der grossen Zehe im Krankheitsbilde für Gicht.

H. H. 46 Jahre alt, Locomotivführer aus Polnisch-Würbitz, Kreis Oppeln, seit 20 Jahre (besonders an der rechten grossen Zehe) chronisch leidend, seit 12 Jahren in Pension, ist jeden Winter 1—4 Monate bettliegend, die Zahl der ergriffenen Gelenke in steter Zunahme. Patient, ein kräftig gebauter, robuster Mann, bringt sich mit Hilfe von Stöcken selbst kümmerlich kaum fort und klagt anhaltend über Schmerzen bei jedem Bewegungsversuche, wiewohl die anatomischen Veränderungen keinesfalls hochgradig sind. Die Gelenke der oberen Extremitäten sind mässig druckempfindlich. Die Kniee sind etwas verdickt, stellenweise druckempfindlich, Flexion-Tension mit Crepitiren verbunden, doch vollständig. Die Umgebung der Sprunggelenke ist mehr verdickt, von fester Consistenz, besonders links und druckempfindlich, links auch keine active Bewegung. Die rechte grosse Zehe ist hochgradig verdickt, druckempfindlich wie überhaupt die ganze Metatarsophalangeal-Linie, und als Hallux valgus unter der zweiten Zehe liegend, Letzteres angeblich seit 2 Jahren. Patient benützte täglich etwa durch 6 Wochen 32-gradige Schlammbäder von 20—30 Minuten Dauer, mit halbstündiger Einpackung und zweistündiger Nachruhe, wöchentlich ein Rasttag. Während der Cur war kein nennenswerther Erfolg sichtbar. Umso grösser war meine Ueberraschung, als Patient nach einem Jahre, am 2. Mai 1896 mit freudestrahlendem Gesichte mein Ordinationszimmer ohne Stock betrat. Patient wurde wenige Wochen nach der Cur schmerzfrei, rühmt sich seit vielen Jahren zum erstenmal, eines anhaltend ungestörten Wohlbefindens. Alle Gelenke normal, nur das linke Sprunggelenk und die Metatarsophalangeal-Linie der rechten zweiten bis fünften Zehe etwas druckempfindlich. Rechts auch Fortbestand des Hallux valgus.

In vielen Fällen ist die Nachwirkung der Bäder eine geradezu frappante und fast ausnahmslos das Befinden einige Wochen nach den Bädern besser, als während der Kur selbst, wo hinsichtlich der Schmerzen intercurrirend geringe Exacerbationen und Krisen vorzukommen pflegen.

Wir lenken die Aufmerksamkeit der p. t. Aerzte auf das von Herrn Dr. Weisz gegründete mechanotherapeutische Institut in Pöstyén, verbunden mit einem

KINDER-PENSIONAT

welches besonders zur Aufnahme für an Knochen- und Gelenkentuberkulose (Beinfrass, Caries) leidende Kinder eingerichtet ist.

Die Bade-Direction.

Ueber

Wohnungen

Verpflegung

Reiserouten

Aufenthaltskosten

ertheilt Auskünfte bereitwilligst und kostenlos

Die BADE-DIRECTION
in PÖSTYEN (Pistyan).

ARBEITER-PENSIONAT

IM BADE PÖSTYÉN (Pistyan).

An die P. T. Aerzte,

Behörden, Directionen der Spitäler, Krankenvereine und Industrie-Unternehmungen.

Das Arbeiter-Pensionat in Pöstyén wurde im Jahre 1891 gegründet, [illegible] dem Bürgerlichen Principe ausgehend, dass man diesen heilkräftigen Brunnen [illegible] Mittelstand, vorzüglich aber für Arbeiter deren Heilung [illegible] von den Krankheiten bestimmt, wenn dem [illegible] machen [illegible]

Das Pensionat verfügt über eine I. und II. Classe mit je einer [illegible] Bilder und weiblichen Abtheilung, [illegible] aber ist [illegible] Mitte [illegible] bis 30 Zeichnende.

Anmeldungen sind stets an die Bade-Direction zu richten.

Jener Angemeldete erhält zuerst eine Verständigung über die Aufnahme, später eine zweite, die Einberufung für einen bestimmten [illegible] Wochenbeitrag in 10 Tage (vor dem Freiwerden eines Platzes erfolgt). [illegible] Nicht früher darf man [illegible] Platz [illegible] nach nicht [illegible] da sonst [illegible] Tag [illegible] 20 kr. in der II. Classe in Anrechnung [illegible]

Gebühren pro Tag

Wohnung und Verpflegung (Frühstück, Mittag und Nachmittag)	80 kr. [illegible]
Schwimmvollbad	[illegible]
Bedienung	[illegible]
Zusammen pro Tag	[illegible]

Als ärztliches Honorar ist, [illegible] Dauer der Armuthsfälle [illegible] 2.— zu entrichten.

Die Curtaxe beträgt 10 Arbeiter [illegible] welche ein legalisirtes Armuthszeugniss [illegible]

Badewäsche [illegible] Bad verabfolgt.

Medicamente und Verwandlung [illegible] Bäder [illegible] Abgangen [illegible] Nachrichten.

Transport [illegible]

Sonstige Kinder [illegible] werden alle anderen [illegible]

Mit den P. T. Vorstehern [illegible] Anstalten [illegible] Verwandlung [illegible] Verhältnisse [illegible] Verhältnisse [illegible]

Ärztliche Berichte an die Anstalten [illegible] werden auf Verlangen zweiwöchentlich ertheilt.

Die Bade-Direction in Pöstyén
(Pistyan).

Müssige Ausgabe wird gemieden!

ARBEITER-PENSIONAT

IM BADE PÖSTYÉN (Pistyan).

An die P. T. Aerzte, Behörden, Directionen der Spitäler, Kranken-Vereine und Industrie-Unternehmungen.

Das Arbeiter-Pensionat in Pöstyén wurde im Jahre 1891 gegründet, von dem humanen Principe ausgehend, dass man diesen heilkräftigen Badeort auch für Minderbemittelte, vorzüglich aber für **Arbeiter**, deren Brod und Existenz von der Krankheit bedroht wird, leicht zugänglich machen müsse.

Das Pensionat verfügt über eine I. und II. Classe mit je einer männlichen und weiblichen Abtheilung, insgesammt über 60 Betten. Saison-Dauer Mitte April bis 30. September.

Anmeldungen sind stets an die Bade-Direction zu richten.

Jeder Angemeldete erhält zuerst eine Verständigung über die **Aufnahme**; später eine zweite: die **Einberufung** für einen **bestimmten** Tag, welche stets 5—10 Tage vor dem Freiwerden eines Platzes erfolgt. Man erscheine pünktlich. Nicht früher, damit man sicher Platz bekomme, aber auch nicht später, da sonst jeder verspätete Tag mit 35 kr. in der I. Classe und mit 20 kr. in der II. Classe in Aufrechnung gebracht wird.

Gebühren pro Tag:	I. Cl.	II. Cl.
Wohnung und Verpflegung (Frühstück, Mittag und Nachtmahl)	80 kr.	60 kr.
Schlammvollbad	15 »	05 »
Bedienung	03 »	02 »
Summa pro Tag	98 kr.	67 kr.

Als **ärztliches Honorar** ist, unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes, fl. 2.— zu entrichten.

Die **Curtaxe** beträgt für Arbeiter, welche in die IV. Classe gereiht werden, ein- für allemal fl. 1.20. **Befreit** von dieser Taxe sind diejenigen, welche ein **legalisirtes Armuthszeugniss** vorweisen.

Badewäsche (1 Kotzen, 1 Leintuch, 1 Badehemd) hat jeder Pensionär mitzubringen. Nöthigenfalls wird solche gegen ein Entgelt von 5 kr. pro Bad verabfolgt.

Medicamente und **Verbandzeug** werden vom Apotheker mit bedeutender Ermässigung abgegeben. Vereinskranke können Verbandzeug auch mitbringen.

Transport (der Schwerkranken) ins Bad und retour 20—30 kr.

Sonstige Bäder. Wo der Arzt das Vollbad nicht angezeigt findet, werden alle anderen mit 50% Ermässigung berechnet.

Mit den P. T. Vereinen etc. kann stets eine nachträgliche Verrechnung stattfinden. — Einzelne Personen jedoch, welche ihre Kosten selbst tragen, werden nur nach Zusendung eines Vorschusses von fl. 2.— aufgenommen und haben die Gebühren stets im Vorhinein zu entrichten.

Aerztliche Berichte an die Adresse des Zahlenden (des Arbeitgebers) werden auf Verlangen zweiwöchentlich ertheilt.

Die Bade-Direction in Pöstyén.
(Pistyan).

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

I989 Weisz, E. 79616
H9P6 Casuistische Mittheilun-
1897 gen aus dem Arbeiter-Pen
sionate.

NAME DATE DUE